

DIANA OLIVEIRA TEIXEIRA

**REPENSANDO A AVALIAÇÃO DO ACADÊMICO NO INTERNATO MÉDICO EM
PEDIATRIA**

Prof^a. Dra. Suely Grosseman
Orientadora

FLORIANÓPOLIS
2010

DIANA OLIVEIRA TEIXEIRA

**REPENSANDO A AVALIAÇÃO DO ACADÊMICO NO INTERNATO MÉDICO EM
PEDIATRIA**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Curso de Pós-Graduação em Ciências
Médicas da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito para obtenção do
título de Mestre em Ciências Médicas.**

**Profª. Dra. Suely Grosseman
Orientadora**

FLORIANÓPOLIS

2010

Teixeira, Diana Oliveira

Repensando a avaliação do acadêmico no internato médico em pediatria / Diana Oliveira Teixeira. -- Florianópolis: UFSC / Curso de Medicina, 2010.

x, 68 f. : il. ; 31 cm.

Orientadora: Suely Grosseman

Dissertação (mestrado) – UFSC / Curso de Medicina / PPGCM, 2010.

Referências bibliográficas: f. 59-63

1. Docentes de Medicina. 2. Internato e Residência. 3. Avaliação Educacional. 4. Educação Médica. - Tese. I. Grosseman, Suely. II. Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas. III. Título.

DIANA OLIVEIRA TEIXEIRA

**REPENSANDO A AVALIAÇÃO DO ACADÊMICO NO INTERNATO MÉDICO EM
PEDIATRIA**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Curso de Pós-Graduação em Ciências
Médicas da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito para obtenção do
título de Mestre em Ciências Médicas.**

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Eliana Martorano Amaral
Prof^ª. Dra. Léa das Graças Camargos Anastasiou
Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo
Prof^ª. Dra. Suely Grosseman
(Orientadora)

FLORIANÓPOLIS

2010

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha querida família, que esteve ao meu lado em todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido marido e companheiro Leonardo, pelo amor, pela compreensão, paciência, carinho e auxílio durante todo o processo de elaboração desta dissertação.

Às minhas queridas Mazaleia e Janaina, pelo amor incondicional.

À Dra. Suely Grosseman por seus ensinamentos e orientação.

Ao Dr. Valdes Roberto Bollela e ao Dr. Stewart Mennin, pela cuidadosa revisão e às valiosas sugestões para o aperfeiçoamento deste trabalho.

À Dra. Clarice Bissani e à Dra. Maria Emília Baião da Silva, pelo incentivo, carinho e disponibilidade nos momentos difíceis.

Aos colegas do Curso de Mestrado e Doutorado em Ciências Médicas, Turma 2008, pela alegria da convivência.

Aos funcionários do Curso de Mestrado em Ciências Médicas, pela disponibilidade.

Aos colegas do Serviço de Neonatologia do Hospital Universitário e do Hospital Infantil Joana de Gusmão, pelo constante incentivo.

Aos participantes do NEPEME, pela força e pelo estímulo ao trabalho na Educação Médica.

À Divisão de Pediatria do Hospital Universitário e à Direção do Hospital Universitário, pelo apoio.

Aos médicos e alunos participantes da pesquisa, pela forma acolhedora com a qual me receberam, pela autenticidade de seus depoimentos e pela oportunidade da convivência.

“Se o poeta é o que sonha o que vai ser real, bom sonhar coisas boas que o homem faz e esperar pelos frutos no quintal Assim dizendo a minha utopia, eu vou levando a vida.

Eu vou viver bem melhor, louco para ver o meu sonho de amor um dia se realizar”.

(Milton Nascimento)

RESUMO

Justificativa: A única estratégia de avaliação discente do Internato Médico em Pediatria do Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina tem sido uma avaliação global feita pelos supervisores dos internos, por meio de ficha estruturada. Porém, recomenda-se o emprego de estratégias múltiplas para, adequadamente, avaliar o desempenho do interno, sendo fundamental a sua aceitação entre os envolvidos na e pela avaliação.

Objetivo: Este estudo teve como objetivo analisar a percepção de discentes e de seus avaliadores sobre o modelo atual de avaliação discente no Internato Médico em Pediatria e propostas para melhorar a avaliação.

Método: Estudo de abordagem mista, transversal descritivo e qualitativo tipo estudo de caso. Participaram do estudo 92 dos 97 estudantes do Internato Médico em Pediatria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e 23 dos 24 avaliadores, (residentes, docentes e médicos do *staff*). Os dados foram coletados por questionário estruturado e grupos focais, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Teste Exato de Fischer e a Diferença entre as Proporções foram utilizadas. A hipótese nula foi descartada quanto $p < 0.05$.

Resultados: As vantagens mais citadas para o modelo atual foram a abrangência da ficha estruturada e a possibilidade de avaliar a prática do interno no cotidiano, sendo que 72,8% dos internos e 43,5% dos avaliadores foram favoráveis a ela ($p < 0.05$). Entre as limitações apontadas estavam: a sua subjetividade; o pouco contato avaliador-avaliado; o de tempo de observação direta do interno; o excesso de internos por supervisor; a falha no controle de critérios objetivos e o *feedback* insuficiente. Sugestões para sua melhora relacionaram-se a alterações em: itens da ficha estruturada; quem deveria avaliar; como se deveria avaliar; e, atitudes dos envolvidos. As novas estratégias avaliativas mais citadas foram a avaliação teórico-prática e a avaliação escrita (a qual foi bastante citada nos grupos focais dos supervisores e rejeitada no grupo focal dos estudantes). Entre docentes e médicos do *staff* foram expressas a falta de motivação por sobrecarga de trabalho e de alunos; a falta de integração entre professores e médicos; e o despreparo para avaliar. Foi ressaltada a

necessidade de rever os objetivos educacionais e de receber orientação sobre como ensinar e avaliar o aluno, sendo sugerido o desenvolvimento docente.

Conclusão: O estudo propiciou a detecção das vantagens e das limitações do modelo de avaliação atual dos estudantes e do ambiente educacional, sendo que algumas alterações pontuais sugeridas foram realizadas mais imediatamente em ambos. Porém, constata-se que para alcançar mudanças efetivas, a médio e longo prazos, que promovam a qualidade da avaliação discente atual, é necessário investir no desenvolvimento docente dos supervisores. Este processo pode motivá-los, por propiciar maior diálogo e revisão dos objetivos educacionais, com pactuação de estratégias viáveis e confiáveis para avaliar se o estudante alcançou-os, bem como qualificá-los para sua aplicação e supervisão com *feedback*.

Palavras-chave: Educação Médica; Avaliação Educacional; Estágio Clínico; Internato e Residência; Docentes de Medicina.

ABSTRACT

Rational: The sole strategy for student assessment on the medical clerkship in pediatrics of the medical course at Federal University of Santa Catarina is a global rating performed by supervisors of the interns, by means of a structured rating form. However, employment of multiple strategies is recommended to adequately assess the intern's performance, with it being fundamental to agreement and assessment must be accepted among those involved in and affected by the assessment.

Objective: The objective of this study was to analyze the perceptions of students and their assessors concerning the current model of assessment of the medical student pediatrics clerkship, and the proposed changes to improve it.

Method: A mixed approach study, cross-sectional descriptive and qualitative case study, involving 92 of the 97 students on the medical clerkship in pediatrics at the Federal University of Santa Catarina and 23 of the 24 assessors (residents, faculty and medical staff). Data collection was carried out by structured questionnaire and 3 focus groups, after approval of the project by the Ethics Board. Analysis was descriptive. And Fischer's Exact Test and the difference between proportions were used. The null hypothesis was discarded when $p < 0.05$.

Results: The most frequently reported advantages of the current model were the comprehensiveness of the structured form and the possibility of assessing the intern's practice in the workplace, with 72.8% of the interns and 43.5% of the assessors viewing this favorably ($p < 0.05$). Among the limitations highlighted were subjectivity, little assessor-assessed contact and direct intern observation time, an excessive number of interns per supervisor, inadequate control of objective criteria, and insufficient feedback. Suggestions for improvement were related to changes in: items on the structured form, who should assess, how assessment should take place, and attitudes of those involved. The most commented new assessment strategies were theoretical-practical assessment and written assessment, which was frequently proposed by the supervisor focus groups and rejected by the student focus group. A lack of motivation was reported among faculty and medical staff because of: work and student overload, lack of

integration between teaching staff and doctors, and unpreparedness for assessment. The need to review educational objectives and to receive guidance on teaching and student assessment was underlined, and faculty development was suggested as a strategy to solve this problem.

Conclusion: This study enabled the detection of advantages and limitations in the current student assessment model as well as in the educational environment, and some specific changes suggested could be immediately incorporated in both. However, it is clear that to achieve effective change, in the medium- and long-term, that will improve the quality of the current student assessment, investment is required in teacher development among supervisors. This process may motivate faculty and the staff by enabling greater dialog, revision of educational objectives, agreement on viable and reliable strategies to assess whether the student has reached these, as well as qualifying them to apply the strategies and give supervision with feedback.

Keywords: Education, Medical; Educational Measurement; Clinical Clerkship; Internship and Residency; Faculty, Medical.

LISTA DE ABREVIATURAS

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

FE – Ficha Estruturada

FG – Focus Groups

GF – Grupo Focal

GR - Global Rating

HIJG – Hospital Infantil Joana de Gusmão

HU – Hospital Universitário

SRF - Structured Rating Form

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	10
1.1 Referencial Teórico.....	10
1.2 Justificativa.....	16
1.3 Objetivos.....	16
1.3.1 Objetivo Geral.....	16
1.3.2 Objetivos Específicos.....	17
1.4 Referências Bibliográficas.....	17
CAPÍTULO II.....	20
2. Método.....	20
2.1 Delineamento do Estudo.....	20
2.2 Participantes.....	20
2.3 Aspectos Éticos.....	20
2.4 Coleta de Dados.....	20
2.5 Análise Estatística.....	23
2.6 Referências Bibliográficas.....	24
CAPÍTULO III.....	25
3. Artigo original.....	25
CAPÍTULO IV.....	58
4.1 Conclusões e implicações.....	58
4.2 Referências Bibliográficas da dissertação completa.....	60
4.3 Apêndices.....	65
4.4 Anexos.....	68

CAPÍTULO I

1.1 Referencial Teórico

A avaliação discente é parte fundamental e intrínseca do processo ensino-aprendizagem. Cabe a ela dirigir o docente quanto ao alcance dos objetivos educacionais (facilitação do aprendizado, condução das atividades didáticas), propiciando a tomada de decisões quanto à orientação do desenvolvimento curricular e a ratificação das responsabilidades docentes perante estudantes, instituição e sociedade. Ela também orienta o discente quanto à apreensão do conhecimento e os caminhos necessários para alcançá-la. Assim, o elo docente-discente na construção do conhecimento pode ser fortalecido por meio da avaliação (1-3).

É de extrema importância a construção de conhecimentos sobre o modelo de avaliação, na perspectiva de seu aprimoramento, com envolvimento e participação coletiva de estudantes, docentes e membros do *staff*, para fornecer subsídios ao fortalecimento do processo ensino-aprendizagem durante a formação acadêmica. A avaliação torna-se ainda mais importante durante o Internato, por ser a última fase do processo de formação profissional na graduação, na qual as competências e habilidades ainda não alcançadas devem ser lapidadas para o início de uma futura carreira profissional (4-7).

A literatura médica reforça e estimula a utilização de metodologias ativadoras de ensino-aprendizagem, centradas no aluno como co-responsável nesse processo, como as mais propícias à garantia de um aprendizado mais duradouro, reforçando que a avaliação não deve ser considerada apenas, como um processo separado da aprendizagem (1-3, 8-13).

A avaliação pode ser somativa ou formativa.

A avaliação somativa verifica o domínio do estudante quanto a determinados conhecimentos, sendo expressa por notas e conceitos, sendo que após a sua correção, os acertos resultarão em pontos. O avaliador dá uma nota final, baseado na média de algumas avaliações pontuais, geralmente, não considerando a evolução do conhecimento discente ao longo do tempo, nem a possibilidade de aprendizado com os erros. Poucas são as oportunidades de *feedback* e, se o estudante não alcança a média esperada, ele usualmente é

submetido a outra avaliação, mas com pouco tempo e apoio reduzido para recuperar o que não conseguiu apreender (14).

Entretanto, como afirma Luckesi, a avaliação da aprendizagem existe para garantir a qualidade da aprendizagem do aluno, devendo ser diagnóstica e não classificatória. Ela deve ser “assumida como um instrumento de compreensão do estágio de aprendizagem em que se encontra o aluno, tendo em vista tomar decisões suficientes e satisfatórias” para que ele possa avançar em seu processo de aprendizagem (14).

A avaliação formativa vai ao encontro da consideração de Luckesi supracitada, pois ela visa o acompanhamento do processo ensino-aprendizagem de forma contínua, subsidiando-o. Há um monitoramento do estágio de aprendizado em que o estudante se encontra, para fazê-lo avançar em seu processo de construção de conhecimentos, por meio de *feedback* apreciativo, no qual docente e discente ponderam sobre o que já foi apreendido, e discutem as melhores estratégias para alcançar a construção do conhecimento ainda não apreendido. Como se pode perceber, a avaliação formativa é contínua e devolutiva, estando professores e alunos empenhados no exercício do ensinar-aprender (8, 14).

A avaliação do acadêmico de graduação em Medicina seguia o padrão somativo, mais conservador, associado às tradicionais formas de “ensinar e avaliar”, como aulas teóricas expositivas para transmissão do conteúdo e provas orais e/ou escritas como cobrança feita ao aluno sobre o aprendizado dos conteúdos adquiridos, gerando notas que os classificavam. As provas visavam, principalmente, a dimensão cognitiva, acarretando dificuldade em avaliar se estavam sendo alcançadas as habilidades e as competências esperadas para os determinados momentos do Curso de Medicina.

Com o reconhecimento das limitações dos modelos tradicionais de avaliação, diversas estratégias têm sido implementadas mundialmente, com o objetivo de aumentar sua validade e sua confiabilidade, bem como garantir a possibilidade de um melhor acompanhamento com *feedback* efetivo durante o processo de ensino-aprendizagem (1-3, 5, 9, 15-22).

Seguindo este movimento de ensino-aprendizagem-avaliação, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) mudou o currículo do seu Curso de Medicina no ano de 2003, procurando se adequar a metodologias mais construtivistas, fugindo dos considerados

métodos tradicionais, pautando-se nas orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (23).

As DCN inserem-se em um cenário internacional de transformações, pois proporcionaram uma linha norteadora para mudanças curriculares nas escolas médicas brasileiras ao preconizar que “o curso de medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano”.

Para alcançar tais metas, tem ocorrido um resgate da visão da totalidade, representada pela integração básico-profissionalizante, pela formação do acadêmico nos diversos níveis de atenção à saúde, com estímulo à interação ensino-pesquisa-extensão-assistência e interdisciplinaridade, contemplando sempre a ética, o humanitarismo e o compromisso social. A aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilite o sujeito social transformar-se e transformar seu contexto, devendo ser utilizadas metodologias que privilegiem a participação ativa do estudante na construção do conhecimento e que possibilitem a análise-reflexão-síntese e ação-reflexão-ação (8, 23).

A mudança curricular ocorrida na UFSC representou um desafio, pois, por várias décadas, durante a formação, os acadêmicos aprendiam, nos dois primeiros anos, conteúdos do ciclo básico, e, a partir do terceiro ano, iniciavam o ciclo clínico que ocupava os dois ou três anos centrais, e o Internato Médico, que durava os últimos 18 meses, e era o momento onde havia intensificação da prática de assistência ao paciente, com conseqüente desenvolvimento do raciocínio clínico e da relação médico-paciente. O contato com a comunidade, ainda que existente, era insuficiente para conhecer, de forma mais aprofundada, suas necessidades de saúde.

No processo de mudança, além da integração dos ciclos, na Interação Comunitária o contato com a comunidade já se inicia na primeira fase, e continua até o final da graduação. O internato tem a duração de dois anos.

A partir de 2007, os estudantes que vivenciaram sua formação na nova proposta curricular, iniciaram seu Internato Médico, no qual os alunos fazem rodízio pelas cinco grandes áreas sugeridas pelas DCN: Saúde Pública, Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia-Obstetrícia e Pediatria. No início do seu Internato, os acadêmicos são introduzidos às rotinas e ao dia-a-dia das enfermarias, ambulatórios, emergências, unidades de terapia intensiva e delas farão parte até o último dia da graduação (24).

O Internato inclui cenários ricos para ação-reflexão-ação, potencialização da aprendizagem do saber-fazer e da tomada de decisões, durante o qual a aquisição do saber conduzirá à possibilidade de novas relações, à resolução de problemas de forma criativa e à seleção de informações que propiciem maior conhecimento, na perspectiva de construção da autonomia do estudante.

No internato, a responsabilidade dos docentes e médicos supervisores do *staff* na avaliação discente é imensa, visto que, após esta etapa, o estudante receberá o diploma e terá autonomia para atuar como médico. Essa avaliação possibilitará, não só saber se o processo de ensino-aprendizagem vivenciado desde o início da graduação alcançou as expectativas esperadas (com sua reconsideração, caso ainda não tenham sido alcançadas), mas também a facilitação/mediação da construção de novas habilidades e competências.

No Curso de Graduação em Medicina da UFSC, o Internato de Pediatria ocorre na 9ª e 11ª fases, tendo a duração de dois meses e meio em cada uma destas fases, exercendo os alunos atividades nos setores de Emergência Pediátrica, Enfermaria Pediátrica, Ambulatório de Pediatria e na Unidade de Neonatologia (Alojamento Conjunto e Sala de Parto), no Hospital Universitário (HU) da UFSC e no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG).

Atualmente, ao passar pelo Internato da Pediatria, os alunos são avaliados por médicos do *staff* e docentes que os acompanham nos estágios e esta avaliação ainda é realizada nos moldes do currículo anterior, por meio do preenchimento de uma ficha estruturada (FE). A estratégia de utilização de FE para avaliar estudantes de Medicina também é citada pela Literatura mundial (25-29)

No Internato de Pediatria da UFSC, a FE utilizada para a avaliação do interno contempla: assiduidade (frequência e pontualidade, que valem 10% da nota final), avaliação afetiva (conduta: interesse, relacionamento, comunicação, ética, que valem 20% da nota final)

e avaliação cognitiva (desempenho: percepção da situação real do paciente, capacidade de tomar decisões, domínio de métodos e técnicas, que valem 70% da nota final do estágio). (Anexo 1) Estes itens são traduzidos em uma nota. Apesar da FE ser considerada pela Literatura uma importante estratégia de avaliação, poucas são as oportunidades de *feedback*, não havendo outras estratégias de avaliação que possam confirmar se a nota recebida pelo aluno é justa, válida e confiável.

Percebe-se, em reuniões com os internos, que eles têm considerado injustas suas notas e solicitam maior *feedback* para que possam compreender em quê e como melhorar seu desempenho. Por outro lado, em conversas informais, os membros do *staff* referem que os critérios não propiciam uma avaliação que eles considerem realmente justa.

Esta percepção vem ao encontro da concepção de Troncon, que afirma que: “a avaliação da eficácia do currículo de graduação constitui um procedimento pouco freqüente nas escolas médicas brasileiras e, quando realizada, baseia-se freqüentemente na percepção subjetiva dos alunos e professores. Além disso, a avaliação do desempenho clínico dos graduandos, que tem sido crescentemente apontada como um fator da maior importância na educação médica, não é uma prática rotineira no Brasil” (30). Desta forma, atualmente, os esforços têm sido direcionados para uma avaliação que contemple habilidades e competências do acadêmico em todos os domínios cognitivos, atitudinais e procedimentais (1-3, 9, 16, 17, 30-33).

Estudos relatam que a percepção do estudante sobre seu aprendizado, através da auto-reflexão de seu desempenho, é de fundamental importância no processo de ensino, aplicando-se isso também ao Internato Médico. Para que isso aconteça, mudanças na organização dos Internatos devem ser promovidas, adotando-se propostas e sugestões que a Literatura em Educação Médica vem apresentando, como níveis mínimos de padronização, integração do aprendizado com a avaliação e a triangulação dos métodos avaliativos, que devem ser desenvolvidos e mantidos para assegurar a qualidade do processo de avaliação, conseguindo-se desta forma, aprimorar as estratégias de avaliação e garantir que os estudantes que se formarão estejam mais aptos para o exercício da futura prática médica junto à sociedade (1-4, 9, 16, 17, 34).

Para Van der Vleuten, questões importantes devem ser consideradas durante o processo avaliativo: os esforços despendidos para a realização de exames finais seriam melhor investidos na implementação de uma avaliação contínua durante o treinamento e mesmo com formas modernas de avaliação; os exames finais são questionáveis do ponto de vista da validade e confiabilidade; os testes finais têm no mínimo duas funções, proporcionar uma seleção ou ser educacional; Primeiro e mais importante o exame final promoveria a garantia à sociedade dos alunos que estão se formando, ou seja, garantindo que médicos competentes sejam liberados (9, 16, 34).

Epstein cita Van de Vleuten ao descrever os cinco critérios determinantes na escolha de estratégias de avaliação: confiabilidade (referindo-se à precisão na medida ou da reprodutibilidade dos escores obtidos com o exame); validade (referindo-se ao quanto o instrumento é adequado para medir o que tenho intenção de avaliar; impacto (relaciona-se ao aprendizado e à prática futura); aceitabilidade entre os envolvidos; custos (para a Instituição na qual os envolvidos estão inseridos) (1, 9).

Pesquisa realizada com estudantes de graduação em Medicina na Universidade de Newcastle upon Tyne no Reino Unido em 2002, analisava a percepção dos alunos à respeito das propostas e da justiça da avaliação e acompanhamento realizadas naquela escola. O estudo verificou que a percepção dos estudantes sobre justiça na avaliação estava fortemente relacionada à aceitabilidade dos alunos sobre o instrumento de avaliação utilizado (4).

Considerando-se que, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) preconizam a formação de um egresso/ profissional médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção (23), e que para aumentar a validade e confiabilidade da avaliação deve ser constituída por múltiplas estratégias, no contexto percebido que a avaliação do Internato na Pediatria da UFSC ainda baseia-se no modelo utilizado do currículo anterior, duas questões emergiram para estudo: “seria este modelo adequado para avaliar o interno que está inserido no novo currículo do curso de medicina da UFSC?”; “haveria condições de mobilizar os envolvidos com o processo de ensino-aprendizagem para refletir sobre o modelo atual e repensar uma nova forma de avaliação?”

Tendo como pressupostos que: a avaliação é intrínseca ao processo ensino-aprendizagem, representando uma oportunidade ímpar para sua promoção; que deve ser válida e confiável, somativa e formativa; e que o Internato é a última fase do processo de formação profissional na graduação, (devendo o estudante nesta fase, adquirir as competências e habilidade ainda não alcançadas para o início de sua futura carreira profissional), é que foi sentida a urgência na investigação do modelo de avaliação durante o Internato em Pediatria, tema deste estudo.

1.2 Justificativa

É de extrema importância a construção de conhecimentos sobre o modelo de avaliação, na perspectiva de seu aprimoramento, com envolvimento e participação coletiva de estudantes, docentes e membros do *staff*, para fornecer subsídios para o fortalecimento do processo ensino-aprendizagem durante a formação acadêmica. A avaliação torna-se ainda mais importante durante o internato, por ser a última fase do processo de formação profissional na graduação, na qual as competências e habilidades ainda não alcançadas devem ser lapidadas para o início de uma futura carreira profissional.

Pressupõe-se que uma avaliação formativa mais válida e confiável favorecerá o melhor preparo dos estudantes, resultando em médicos mais competentes, potencializando sua atuação profissional individual e coletiva, acarretando maior segurança e satisfação do médico com seu trabalho e do paciente e da comunidade com o trabalho médico.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Este estudo teve como objetivo analisar a percepção de discentes e seus avaliadores sobre o modelo atual de avaliação discente no internato médico em pediatria e propostas para melhorar a avaliação.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Conhecer a opinião sobre o modelo atual de avaliação;
2. Identificar a percepção dos participantes sobre possibilidades e limitações do modelo atual de avaliação;
3. Identificar sugestões para a melhoria do modelo atual de avaliação;
4. Identificar sugestões para novas estratégias de avaliação.

1.4 Referências Bibliográficas

1. Epstein RM. Assessment in medical education. N Engl J Med. 2007 Jan 25;356(4):387-96.
2. Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. Med Teach. 2007 Nov;29(9):855-71.
3. Norcini JJ. Work based assessment. BMJ. 2003 Apr 5;326(7392):753-5.
4. Duffield KE, Spencer JA. A survey of medical students' views about the purposes and fairness of assessment. Med Educ. 2002 Sep;36(9):879-86.
5. Farrell SE. Evaluation of student performance: clinical and professional performance. Acad Emerg Med. 2005 Apr;12(4):302e6-10.
6. Laksov KB, Nikkola M, Lonka K. Does teacher thinking match teaching practice? A study of basic science teachers. Med Educ. 2008 Feb;42(2):143-51.
7. Chenot JF, Kochen MM, Himmel W. Student evaluation of a primary care clerkship: quality assurance and identification of potential for improvement. BMC Med Educ. 2009;9:17.
8. van der Vleuten C. Validity of final examinations in undergraduate medical training. BMJ. 2000 Nov 11;321(7270):1217-9.
9. Anastasiou LGC, Alves LP. Processos de Ensino na Universidade. 7 ed. Joinville, Brasil: UNIVILLE 2007.
10. Swing SR. Assessing the ACGME general competencies: general considerations and assessment methods. Acad Emerg Med. 2002 Nov;9(11):1278-88.

11. Albanese MA. Challenges in using rater judgements in medical education. *J Eval Clin Pract.* 2000 Aug;6(3):305-19.
12. Pugsley L. Expectation and experience: dissonances between novice and expert perceptions in medical education research. *Med Educ.* 2008 Sep;42(9):866-71.
13. Chen FM, Bauchner H, Burstin H. A call for outcomes research in medical education. *Acad Med.* 2004 Oct;79(10):955-60.
14. Luckesi CC. *Avaliação da Aprendizagem Escolar*. 18 ed. São Paulo, Brasil Cortez 1994.
15. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA.* 2002 Jan 9;287(2):226-35.
16. van der Vleuten CP, Schuwirth LW. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Med Educ.* 2005 Mar;39(3):309-17.
17. Accreditation Council for Graduate Medical Education, American Board of Medical Specialties. *Toolbox of Assessment Methods*©. 2000; version 1.0.
18. Krupat E, Dienstag JL. Commentary: Assessment is an educational tool. *Acad Med.* 2009 May;84(5):548-50.
19. Wald HS, Davis SW, Reis SP, Monroe AD, Borkan JM. Reflecting on reflections: enhancement of medical education curriculum with structured field notes and guided feedback. *Acad Med.* 2009 Jul;84(7):830-7.
20. van de Ridder JM, Stokking KM, McGaghie WC, ten Cate OT. What is feedback in clinical education? *Med Educ.* 2008 Feb;42(2):189-97.
21. Sinclair HK, Cleland JA. Undergraduate medical students: who seeks formative feedback? *Med Educ.* 2007 Jun;41(6):580-2.
22. Govaerts MJB. In-training assessment: learning from practice. *The Clinical Teacher.* 2006;3(4):242-7.
23. Diretrizes curriculares nacionais do curso e graduação em medicina. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior, Stat. Resolução CNE/CES nº4 (07 de novembro 2001).

24. Pires MMS, Coelho GJ, Wayhs MLC. Caderneta do internato em saúde da criança. Florianópolis, Brasil: Departamento de Pediatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina 2007.
25. Gray JD. Global rating scales in residency education. *Acad Med.* 1996 Jan;71(1 Suppl):S55-63.
26. Pangaro L, Holmboe ES. Evaluation forms and global rating scales. In: Holmboe ES, Hawkins RE, editors. *Practical guide to the evaluation of clinical competence*. Philadelphia, USA: MOSBY Elsevier; 2008. p. 24-41.
27. Pulito AR, Donnelly MB, Plymale M. Factors in faculty evaluation of medical students' performance. *Med Educ.* 2007 Jul;41(7):667-75.
28. Domingues RC, Amaral E, Zeferino AM. Global overall rating for assessing clinical competence: what does it really show? *Med Educ.* 2009 Sep;43(9):883-6.
29. Dent JA, Harden RM. *A practical guide for medical teachers*. 3 ed. London, UK; 2009.
30. Troncon LE, Figueiredo JF, Rodrigues Mde L, Peres LC, Cianflone AR, Picinato CE, et al. [Implantation of a program of terminal evaluation of graduating medical student performance to estimate the efficacy of the curriculum in the Ribeirao Preto Medical School]. *Rev Assoc Med Bras.* 1999 Jul-Sep;45(3):217-24.
31. Troncon LEA. Clinical skills assessment: limitations to the introduction of an "OSCE" (objective structured clinical examination) in a tradicional Brazilian medical school. *São Paulo Med J.* 2004; 122(1): 12-17.
32. Snell L, Tallett S, Haist S, Hays R, Norcini J, Prince K, et al. A review of the evaluation of clinical teaching: new perspectives and challenges. *Med Educ.* 2000 Oct;34(10):862-70.
33. Sloan DA, Donnelly MB, Drake DB, Schwartz RW. Faculty sensitivity in detecting medical students' clinical competence. *Medical Teacher.* 1995;17(3):335-42.
34. Daelmans HE, van der Hem-Stokroos HH, Hoogenboom RJ, Scherpbier AJ, Stehouwer CD, van der Vleuten CP. Global clinical performance rating, reliability and validity in an undergraduate clerkship. *Neth J Med.* 2005 Jul-Aug;63(7):279-84.

CAPÍTULO II

2. Método

2.1 Delineamento do Estudo

O estudo teve abordagem mista, transversal descritiva e qualitativa tipo estudo de caso.

2.2 Participantes

A população estudada foi composta por estudantes finalizando o estágio do internato em pediatria no primeiro semestre de 2008 (avaliados), e por médicos do *staff*, docentes e médicos residentes (avaliadores), da Universidade Federal de Santa Catarina.

A amostra foi composta por 115 participantes. Do universo de 97 avaliados (51 do 9º semestre do curso e 46º do 11º), 92 participaram da pesquisa (94,8% dos avaliados), sendo 45 do 9º semestre (44% do sexo masculino e 56% do feminino) e 47 da 11º semestre (45% do sexo masculino e 55% do feminino). Do universo de 24 avaliadores, (8 médicos residentes, 10 médicos do *staff* e 6 docentes), 23 participaram da pesquisa (95,8% do total), sendo 7 residentes (29% sexo masculino e 71% do feminino), 10 médicos do *staff* (30% sexo masculino e 70% do feminino) e 6 docentes (67% sexo masculino e 33% do feminino).

2.3 Aspectos éticos

O projeto teve aprovação do Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos sob o protocolo nº 121/08 (Anexo 2).

2.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por questionário estruturado e por grupo focal (1,2).

O grupo focal é um instrumento bastante utilizado na metodologia das pesquisas qualitativas e é definido como um grupo no qual os indivíduos podem debater as experiências e opiniões pessoais sobre um determinado tópico da investigação. O que o difere de entrevistas em grupo é o fato de depender da interação emergente dentro do grupo com base nos tópicos que são fornecidos pelo pesquisador.

O grupo focal permite ao pesquisador coletar uma maior quantidade de informações em um curto período de tempo, porém requer planejamento para que os participantes estejam disponíveis, com local adequado que permita a realização da gravação da dinâmica do grupo. Os participantes devem estar confortáveis quanto às suas participações no grupo, e devem ter conhecimento sobre o assunto a ser debatido. O número recomendado de participantes por grupo é normalmente de seis a dez pessoas, podendo variar este número de quatro a quinze, e o mesmo grupo também pode se encontrar diversas vezes. Os encontros costumam durar de uma a duas horas. Um dos pesquisadores atua como moderador agindo como facilitador no debate e promovendo a interação do grupo, esclarecendo pontos que forem necessários, extraindo os significados sobre o tema em discussão. O moderador deve evitar dar opiniões pessoais para não influenciar o posicionamento dos participantes e deve manter o debate direcionado ao seu foco principal, seja detalhando opiniões que forem colocadas ou avançando para determinados assuntos quando a conversa estiver se desviando do ponto central do debate. Os participantes são informados e orientados quanto à importância da manutenção do sigilo sobre as opiniões debatidas durante o encontro, e os pesquisadores tem a responsabilidade de garantir o anonimato dos dados obtidos no grupo (3,4).

Outra pessoa, além do moderador, deve estar como observador observando o debate na periferia do grupo observando a dinâmica da reunião, controlando o tempo e a gravação e tomando nota de forma detalhada dos comentários. Imediatamente ao término da reunião, moderador e observador realizam uma breve avaliação do encontro, o que facilitará a análise que será realizada dos dados obtidos no grupo.

O questionário do presente estudo continha três variáveis relacionadas às características do entrevistado [categoria (discente, docente, médico do *staff* ou residente), sexo, idade], uma questão fechada a respeito da opinião dos participantes sobre o modelo atual de avaliação (Escala de Likert com cinco pontos: excelente a péssimo) e quatro questões

abertas uma solicitando: 1. Justificativa para a opinião apontada (da qual emergiram vantagens e limitações do modelo); 2. Sugestões para o avaliador, caso o modelo de avaliação fosse mantido; 3. Sugestões para o avaliado, caso o modelo de avaliação fosse mantido; 4. Sugestões para estratégias de avaliação. (Apêndice 1)

O questionário foi testado quanto à inteligibilidade, um piloto do questionário foi realizado para testar sua inteligibilidade com 5 avaliados e 3 avaliadores, não sendo requeridas alterações e, no final do primeiro semestre de 2008, este foi aplicado aos participantes.

Os grupos focais, no total de três, foram realizados entre junho e setembro de 2009, sendo o primeiro composto por um interno e quatro médicos membros do *staff*, o segundo por 4 docentes e o terceiro por seis internos selecionados, aleatoriamente, por sorteio.

No grupo focal, inicialmente, era apresentada a análise dos dados coletados no questionário e feita uma breve exposição, baseada na literatura nacional e internacional, sobre os instrumentos avaliativos adotados em outras escolas médicas, com duração de 10 minutos. Após, pedia-se a opinião dos membros do grupo quanto a suas propostas ou sugestões para avaliação do interno na pediatria, que aumentasse a sua confiabilidade e validade.

O grupo focal contou com a participação dos pesquisadores sendo um o moderador e o outro o observador, sendo todo o processo registrado em gravador, com posterior transcrição. A transcrição foi encaminhada aos participantes do grupo, para que eles se certificassem que os dados haviam sido transcritos com precisão (processo conhecido na pesquisa qualitativa como validação dos dados pelos participantes).

Tanto para a aplicação do questionário, quanto para a do grupo focal, os participantes foram abordados pela pesquisadora principal, a qual expunha, de forma breve, a pesquisa, seus objetivos, sua justificativa e o método, incluindo as técnicas utilizadas no estudo. Foi ressaltado o compromisso dos pesquisadores em seguir os preceitos éticos, manter o sigilo e preservar o anonimato e de só divulgar os dados após o consentimento dos participantes, conforme as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (nº196 e nº251, de 07/08/97), sendo dada a opção de desistência a qualquer momento, bastando o participante comunicar sua intenção ao pesquisador. Após estas considerações, mediante leitura e aprovação do termo de

consentimento livre e esclarecido (TCLE), uma cópia era entregue aos participantes (vide em apêndice 2 o TCLE para o questionário e em apêndice 3 vide o TCLE para o grupo focal).

2.5 Análise estatística

A análise qualitativa foi a análise de conteúdo temática. (1,2)

Esta é realizada, inicialmente, por análise minuciosa de cada linha dos depoimentos (nesta pesquisa, tanto das questões abertas do questionário, quanto das transcrições do grupo focal), buscando-se palavras, frases, padrões de comportamento, pensamentos e acontecimentos (conceitos) e suas relações. Posteriormente, após sua identificação, em um movimento de síntese, estes vão sendo organizados segundo categorias de codificação.

Categorização é o processo de classificar elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e reagrupamento, com critérios bem definidos, devendo-se para tal, investigar o que cada elemento tem em comum, em termos de propriedades e dimensões, para que possam ser agrupados, de forma a propiciar comparações.

Ainda, seguindo princípios da abordagem de análise desenvolvida por Patrício (5) denominada Análise-Reflexão-Síntese, busca-se pela reflexão, associando razão e sensibilidade, temas emergentes ao longo do movimento de análise e síntese dos dados.

As categorias emergentes dos questionários foram inseridas no banco de dados (SPSS versão 12.0) e analisadas junto com os dados das variáveis das questões fechadas. A análise estatística dos dados foi descritiva, com medidas de frequência e de tendência central. O Teste Exato de Fisher foi usado para variáveis categóricas e discretas, sendo descartada a hipótese nula quando $p < 0.05$, e a diferença entre as proporções para se obter o intervalo de confiança de 95%.

2.6 Referências Bibliográficas

1. Bogdan RC, Biklen SK. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto, Portugal: Porto Editora; 1994.
2. Hulley SB, Cummings SR, Brownher WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. Designing clinical research: an epidemiologic approach. 2 ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
3. Creswell JW. Research Design: qualitative, quantitave and mixed methods approach. 2 ed. London, UK: Sage publications; 2003.
4. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. BMJ. 1995 Jul 29;311(7000):299-302.
5. Roche A, Coote S. Focus group study of student physiotherapists' perceptions of reflection. Med Educ. 2008 Nov;42(11):1064-70.
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: 70 Edições; 1977.
7. Patrício ZM. A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica. Tese (Doutorado em Filosofia da Saúde/Enfermagem). Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.
8. Pallant J. SPSS survival manual. Philadelphia, USA: Open University Press; 2003.
9. Swinscow TDV. Statistics at Square One. 8 ed. London, UK: British Medical Journal / Bristish Medical Association; 1983.

CAPÍTULO III

3. Artigo original

Title: Planning students' assessment changes in a medical school clerkship: the value of stakeholders' perception

Short Title: Stakeholders' perception on students' assessment

Authors:

1. Diana Oliveira Teixeira
2. Suely Grosseman

Institution: Federal University of Santa Catarina, Brazil

Corresponding author:

Suely Grosseman

Address: Rua Arno Hoeschel 121 apto 802

Bairro: Centro CEP: 88015-620 Florianópolis

Santa Catarina - Brazil

e-mail address: sgrosseman@gmail.com

Abstract

Introduction: The sole strategy for medical students' assessment in a medical school pediatric clerkship is a global rating administered by students' supervisors. Thinking about changes, a study was developed to analyze stakeholders' perception of the pediatric clerkship students' assessment and the proposed changes to improve it.

Methods: mixed approach, cross-sectional and case study, applying focus groups and a structured questionnaire to 92 out of 97 interns and 23 out of 24 assessors, after Ethics board approval. Analysis: thematic content analysis and descriptive. Fischer's Exact test was used, discarding the null hypothesis when $p < 0.05$.

Results: The comprehensiveness of the global rating was mentioned as its main advantage; 67 interns (72.8%) and 10 assessors (43.5%) have a favorable opinion about it ($p < 0.05$). Subjectivity, insufficient assessed-assessor contact and feedback were some of the limitations mentioned. Supervisors suggest written assessment as an additional method to assess students, but the students refuse its use. Supervisors' lack motivation, feeling overloaded with work and the need for faculty development. The findings triggered adjustments in the assessment model and revealed that staff/faculty development is required to achieve more effective changes.

Conclusion: Knowing stakeholders opinions facilitates changes in assessment practices and worked well to identify foci for faculty development.

Introduction

Medical students' assessment during clerkship has the potential to enhance students' acquisition of skills and abilities required for their future career and, it is fundamental to detect if, after this last period of academic training before graduation, students are competent to carry on future medical practice in the society (van der Vleuten 2000; van der Vleuten & Schuwirth 2005; Farrell 2005; Epstein 2007)

It is generally understood that multiple strategies of assessment that are reliable, valid and have an impact on learning and future practice should be used. In addition, assessment strategies must be acceptable to stakeholders and viable in terms of cost to the institution involved (van der Vleuten 2000; Epstein & Hundert 2002; Swing 2002; van der Vleuten & Schuwirth 2005; Epstein 2007).

The only strategy for medical students' assessment in a pediatric clerkship in a medical school in Southern Brazil is a global rating (GR) accomplished through a structured rating form (SRF) administered by students' rotation supervisors. It is based on three criteria with different weights: regular attendance (frequency and punctuality: 10%), attitudes (interest, relationship, communication and ethics: 20%) and clinical skills (clinical reasoning, decision making, technical and procedural skills: 70%).

Considering that changes to improve assessment of students must be acceptable to stakeholders, the present study was designed to analyze stakeholders' perception of the current students' assessment in a pediatric clerkship and the proposed changes to improve it.

Method

A mixed method approach, cross-sectional descriptive and qualitative case study, was employed (Bogdan & Biklen 1994; Hulley at al. 2001; Creswell 2003).

At the Federal University of Santa Catarina (Southern Brazil), clerkship lasts 2 years, and medical students have 12 weeks of pediatrics clerkship in the 9th semester of the course and another 12 weeks in the 11th semester. Their rotations occur in two hospitals: the University Hospital, where they are supervised by staff medical doctors from the Pediatrics' Division of this Hospital, and the Joana de Gusmão Children's Hospital, where they are supervised by the Pediatrics Department faculty. Pediatric residents help in the students' supervision and, sometimes, assess the students together with the supervisors.

In the first semester of 2008, 97 interns were engaged in the pediatric clerkship, 51 and 46 in the 9th and 11th semesters respectively. There were 24 "assessors", 16 supervisors and 8 pediatric residents. The sample was composed of 115 participants: 92 interns, named in this study as "assessed", 47 from the 9th semester and 45 from the 11th semester. Twenty three "assessors", 7 pediatric residents and all 10 staff medical doctors and 6 faculty members were involved in the assessment.

Data collection was carried out through structured self-administered questionnaires and focus groups (Kitzinger 1995).

The variables in the questionnaire were: sex, age, stakeholder category (intern and semester of the course, staff doctor, resident or faculty), one closed-ended question asking their opinion about the current model of assessment (five-point Likert scale: from excellent to very poor), one open-ended question asking for the justification for the opinion given (from

which the categories advantages and limitations of the model were taken), one open-ended question asking for suggestions to improve the current model of students' assessment; and, one open-ended question asking for new assessment strategies suggestions to improve the assessment in the pediatric clerkship.

Project approval by the University Ethics Board (121/08/2008) was obtained. Both for the questionnaire and focus group participants were approached by the investigator who briefly explained the research objectives and purposes, the researchers commitment to the ethical precepts of maintaining confidentiality and preserving anonymity and of only disclosing data after their consent, with withdrawal from the study being possible at any time.

A pilot study of the questionnaire was done with 5 stakeholders to assess comprehension and clarity of the instrument. No changes were required.

The questionnaire was administered at the end of the first semester of 2008. A power-point presentation reporting the findings was e-mailed to all the participants on March 2009, and triggered immediate adjustments in the current assessment model by the supervisors (reported in the results).

Three FG were carried out between June and September 2009. The first one was composed of one intern and four medical staff doctors; the second, of 4 faculty doctors; and, the third, of six students drawn randomly. The process was recorded and the transcription sent to participants to verify that their contributions were adequately transcribed.

The qualitative data analysis was the thematic content analysis, carried out by two of the authors' researchers. Concepts and their relationships were analyzed to determine their properties and dimensions for classification and categorical coding (Bogdan & Biklen 1994; Bardin 1977).

The categories emerging from the open-ended questions were entered into a database (SPSS12.0) and analyzed along with the variables from closed-ended questions. The quantitative analysis was descriptive. Difference between two proportions to get 95% confidence interval and Fisher's Exact Test were used (Swinscow 1983; Pallant 2003), with the null hypothesis discarded when $p < 0.05$.

Results

The assessed mean age was 23.6 years ($SD=1.52$), residents' mean age was 27 years ($SD=1.52$) while that of the staff doctors and faculty was 48.8 years ($SD=7.75$).

The distribution of the participants' opinion about the current assessment model can be seen in Figure 1. As can be seen 67 of the interns (72.8% - CI: 0.62-0.81) and 10 of the assessors (43.5%: CI: 0.23 -0.65)] view this favorably ($p=0.01$).

Insert Figure 1 here.

Among the advantages pointed out by 72 participants, the most frequently reported was the comprehensiveness of the SRF (Table 1).

Insert Table 1 here.

The limitations highlighted by 89 participants can be seen in Table 2. Concerning subjectivity, the participants wrote that subjective items such as behavior and clinical

performance may lead to “significant bias” or “discrepancies from one evaluator to other” and that “each professional rates based on his own parameters” because there are no standards, the criteria are not clear and the supervisors don’t have training to rate. As reported by one supervisor “the current model is so poor that everybody passes.

Insert Table 2 here.

All the stakeholder wrote that the rating not always expresses the “student’s actual performance”. The supervisors explained that the supervision of 4 to 6 students for only a week doesn’t allow them to make an adequate judgment. Residents believe this may happen because supervisors only see the students during the clinical visits while students stated that this occurs because they have very “superficial” contact with some supervisors or “with too many supervisors for a very short period” and, sometimes, supervisors don’t even remember them, as can be seen in the following reports:

[...] how can someone who had contact with us for only one day assess our performance and behavior?”

Something that disappointed me was that, in some rotations, I was assessed by persons who I never saw. So, I don’t know how such a person could give me a rating without knowing me.

The rating subjectivity and the need for more contact between interns and their supervisors was consensus in all FG and the students stated that GR doesn’t discriminate outstanding students from those with poor commitment and performance, being the rating

influenced by the student personality, the supervisors' emotional state, the assessed-assessor relationship and the group performance, as can be seen in the reports below:

Some students [...] have very poor performance, arrive late or don't go to the rotation [...] then, you see their score in the global rating and... it is the same ours! It's outrageous for those who do everything right.

If the supervisor likes you, it is all right. But, if not...

Sometimes, something happens to the supervisor who gives you the ratings [...] he is angry or does not sympathize with you...

If the supervisor likes the group, it is all right.

The lack of some supervisors' commitment to teaching was pointed out by some students during FG as a justification for their lack of commitment to the clerkship activities.

Some doctors don't know the interns by their name and are not committed to teaching. The intern feels a lack of guidance [...] and a lack of interest in studying the clinical cases and the intern focus his efforts to his "most urgent needs" such as studying to pass the selection process for residency.

The suggestions to improve the GR concerning its structure, who should assess and how this should be done are presented in Figure 2.

Insert Figure 2 here.

Stakeholders who participated in the FG stated the need to standardize the criteria in the SRF, to assess students at the patient's "bedside" and to organize regular assessors' meetings to give ratings and to discuss how each student was progressing. But, some supervisors reflected on the difficulty and the unsuccessful attempts at gathering all together:

We cannot bring everyone from the university hospital here and there to have a consensual rating on each student's rotation.

I'm tired of going to these meetings, to which nobody goes.

The importance of knowing the performance of each student before he begins clerkship was mentioned during the FG of the staff doctors, who expressed their dissatisfaction at being responsible for the decision of passing or not a student at the end of the course, claiming that the "problematic" students should have been recognized before the clerkship, as reported by one of them: "It makes me anxious [...] I feel angry! [...] What is this student like? Why did nobody see it before? What was the assessment of this student like up to now?" Where is the teaching?"

Some suggestions related to changes in stakeholders' attitudes, many of them directed to the clerkship context, were also given (Figure 3). Feedback is one of them and it was also mentioned in all FG, in which some supervisors declared feeling embarrassed to talk to the student about his difficulties and problems.

Insert Figure 3 here.

New methods to assess students were suggested by 10 out of 92 assessed (10.9%) and 11 out of 23 assessors (47.8%). Among the 10 assessed they were: written assessment [4 (40%)], practical/basic skills assessment or assessment of performance in specific situations and actions [3 (30%)], assessment of the anamnesis and clinical evolution carried out by the student in the medical records [1(10%)], short written reports [1(10%)] and assessment of the student agility on patients' assistance [1(10%)]. And, among the 11 assessors, they were: theoretical and practical assessment with patients [7 (63.6%)], written assessment [2 (18.2%)], portfolio [1 (9.1%)] and psychological assessment [1 (9.1%)].

During FG, some staff doctors stated that they should “select students who need to be watched more closely”, considering the importance of psychological assessment and support, and the students highlighted the value of peer-assessment for this purpose:

[...] we're waiting for the moment someone see and do something with a girl in my class that does not take a bath [...]. I cannot believe it! That is something so basic! But, how does someone who will work with health not take a bath? She stinks... and I'm waiting for the time someone will notice it.

During faculty and doctors FG, both perceived the value of written assessment to follow students' cognitive learning. But, in students' focus group, written assessment was promptly rejected, with the following arguments:

What is good in clerkship is that you can study whatever you see in practice. Going back to the same assessment strategy used in the four initial years? No way!

I don't agree with the written assessment, because the theoretical content should have been well given and assessed in the four years before the clerkship.

If you include one or two written assessments in the Pediatrics clerkship, the other areas will do the same and [...] we will pass throughout clerkship studying from the girls' notebook, not retaining knowledge and not studying what we saw in the morning.

[...] the problem of the clerkship is to identify the limitations of the supervisors. When you supervise a student carrying out physical examination, you understand his deficiencies.

My fear is that [...] other strategies of students' assessment will be abandoned.

Neither the staff nor the faculty considered other assessment methods viable for application because they believe that bringing together all the supervisors to develop and apply them would result in further work overload. They believe that students' performance can be adequately assessed with GR, if students' clinical reasoning is more carefully tested by the supervisor and if students are supervised more closely. But some by some staff medical refused this approach as expressed by one of them: "No! If we did it, we would have to arrive at the hospital at 2:00am and just stay by the students' side! It is not viable".

Students and assessors suggested also assessors' assessment both in the questionnaires and in the FG.

In staff and faculty FG, a context leading to a lack of motivation for teaching and for change was revealed. Staff doctors complained of not having integration with the Department faculty and, in their opinion, they are taking on many functions that should be assumed by the faculty, resulting in overload with both work and students as expressed by one of them: "We, generally, have our activity, we have to give assistance, but we must also teach. I feel, sometimes, I cannot deal with it! Because, I have so much to do, and, sometimes, I do not cope with this part of contact with the student." Faculty also stated that they are taking on too

many classes during the whole undergraduate period because the Pediatrics Department doesn't have enough teachers, resulting in work overload.

The students also asked for more information about the rotations and the assessment model and the educational objectives to be met and suggested faculty development, which was also pointed out by the staff and faculty during FG. Supervisors also reflected on the need to strengthen the pediatric clerkship educational program, again discussing its objectives and expected outcomes. They reported they don't feel qualified to rate and they have never been trained in teaching and assessment, feeling that a staff/faculty development program could qualify them.

We assess without ever having been trained to make a proper assessment. How should I assess the student? What do I need to assess? What does a student who gets to the 9th semester need to know?

[...] a faculty development program can be a way to recycle the teachers. Our teaching is based on the learning we've had. We never had guidance.

The report sent to the participants on March 2009 triggered immediate adjustments in the assessment model by the stakeholders, including changes in the SRF weighting schema and some of its items, and changes in the clerkship context with the establishment of a daily objective control of students assiduity and punctuality and the distribution of the interns in the inpatients' Unit so that they could accompany only one supervisor.

Discussion

In this research, the participants considered as the main advantage of the global rating its comprehensiveness, making possible the assessment of a wide spectrum of students'

abilities and skills during their daily training. For some students, not having to undertake a written assessment is another advantage.

The possibility of assessing general categories of ability, such as patient care skills, interpersonal and communication skills under usual practice circumstances, ensuring authenticity in GR based on a SRF has been pointed out in the literature as one of its advantages (Gray 1996; Accreditation Council for Graduate Medical Education and American Board of Medical Specialties; 2000; Swing 2002; Epstein 2007; Dent & Harden, 2009).

However, in this study, many limitations were also raised; among them was the subjectivity in the rating process, aggravated by the absence of standards in the form, insufficient assessed-assessor contact, not enough direct observation of students' performance by the supervisor and ratings not given by the end of rotation. And, some students mentioned lack of knowledge about the assessment, although it is described in their clerkship manual and explained in the first day of clerkship.

The same situation has been described in other clinical settings, in which, the assessment is generally restricted to a supervisor's rating at the end of rotation or beyond this period and based on "second-hand" information rather than on direct observation of the trainee (Govaerts 2006; van der Vleuten 2000, Epstein 2007). And, subjectivity is predictable on any kind of evaluation which depends on human judgment, particularly, when criteria are not detailed and the circumstances to be assessed are not specific or directly assessed (Pulito et al. 2007; Chibnall and Blaskiewicz 2008; Albanese 2000).

William et al (2005) demonstrated that the time spent by the supervisor directly observing the student, with timely feedback after the evaluation was more important in improving the quality of the assessment than anchoring or increasing the number of items on

the rating form. In addition, students value working with one teacher over time and there is an association between time spent on directly-supervised clinical activities and positive student perception of the quality of their learning environment (Mihalynuk et al. 2008).

Variation in supervisors' assessments were pointed out in this study, being supervisors' judgment influenced by: not recalling the student; the student's personality, the supervisor's emotional state, the intern-supervisor relationship; and the group's performance.

Some forms of bias in the ratings described in the literature are: "generosity" or leniency (rating inflated and never falling below the mid-point of the scale), stringency and contrast error (specially when the rater compares their own abilities to those of the ratees, not taking into consideration the different stages of professional life), halo effect (in which a good or bad performance in one area affects the judgment in other areas), logical error (similar ratings for competencies that seem to be logically related) and proximity error (similar ratings for traits placed together). In addition, serious deficits are rarely documented. (Sloan et al. 1995; Gray 1996; Dent & Harden 2009; Albanese 2000; Williams, Klamen & Mcgaghie 2003; McKinstry et al. 2004).

Concerning the influence of student personality on rating, Chibnall & Blaskiewicz (2008) found that students with positive features such as extroversion, kindness and empathy generally receive higher ratings.

Pulito, Donnelly and Plymale (2007), studying students' ratings in a surgery clerkship, found that faculty make an overall decision in assigning a grade to a student and tend to score the performance variables to reflect that grade, and concluded that it makes little sense to have long multi-item forms, because an evaluation tool with 2 or 3 items could be as informative as a tool containing 10 or more.

Domingues, Amaral & Zeferino (2009), comparing faculty ratings on global overall single-item ratings and on global itemized ratings, found that, with the former, faculty tend to focus more on technical skills; and the authors recommended at least the inclusion of technical and humanistic domains on the rating forms

Inter-rater reliability coefficient for GR have been shown to be quite different in many studies and it is recognized that it is more reliable when a focused assessment is carried out with a rating form tailored to the competencies being assessed and the clinical competencies to be assessed should be determined and made explicit by the supervisors and understandable to the trainees. The improvement of quality in the ratings requires the anchorage of the SRF with clearly defined descriptors, seven or more points in the scale, a guarantee for adequate time directly observing performance and interacting with the assessed, which should last at least 6 weeks, trainee rating by multiple raters and training of the raters as well as regular feedback on the quality of their rating (Gray 1996; Accreditation Council for Graduate Medical Education and American Board of Medical Specialties, 2000; Daelmans et al. 2005; Swing 2002; van der Vleuten 2000; Dent & Harden 2009).

For all the potential rater errors and accuracy problems, GR is not recommended as the sole tool for the assessment of competence (Gray 1996; Accreditation Council for Graduate Medical Education and American Board of Medical Specialties 2000; van der Vleuten 2000; Epstein & Hundert 2002; Swing 2002; van der Vleuten & Schuwirth 2005; Epstein 2007; Daelmans et al. 2005; Pangaro & Holmboe 2008; Dent & Harden 2009).

Insufficient feedback was mentioned by the stakeholders and some supervisors complained of not feeling comfortable in giving feedback and not having enough time to give attention to the student due to work overload, excess of interns per member of staff.

The effectiveness of feedback on the learning process is well known, especially when carried out frequently, in a constructive way and immediately after the assessment, and when educational objectives are clear to the stakeholders. Also, supervisors should be trained to give adequate feedback. However, as demonstrated in this and other studies have also shown that good feedback and reflection are also not frequent in most clinical settings (van der Vleuten 2000; Govaerts 2006; Norcini & Burch 2007).

Other negative aspects of the clerkship context, such as lack of commitment of some supervisors to teaching were also mentioned.

The inclusion of other stakeholders in the rating process was suggested to improve the current assessment model and it is known that this enhances the reliability of the ratings. In review articles, Swing (2002) and Epstein (2007) report that peer-assessment is “instructive, insightful, stable and consistent”, predicting subsequent class rankings and ratings by supervisors. It requires confidentiality and should be given in a timely and confidential manner, along with student support to help reflection. Concerning other stakeholders, Epstein (2007) reports that ratings by nurses are reliable with as few as 6 to 10 reports, whereas ratings based on patient satisfaction require 50 patients to achieve reliability, and Swing (2002) reports the need for a minimum of 20 to 50 attending physicians, one to five nurses and 20 to 50 or more patients to yield a stable rating of residents’ humanistic qualities.

Self-assessment has been valued as a formative tool and, although some authors consider that it is inadequate due to fundamental cognitive limitations in the ability of humans to know themselves as others see them and that it is subject to many bias, other authors suggest that it can be a useful tool for comparison with ratings given by others and helps

reflection and the overcome of weaknesses (Kruger & Dunning 1999; Evans et al. 2002; Davis et al. 2006; Epstein 2007).

Assessors' assessment was also suggested in this study. Faculty's ratings of student's performance and student's ratings of faculty's teaching are important elements in documenting educational quality. This helps to identify areas of weakness in teaching practices and, when coupled with feedback, it can improve instructional skills and have an impact on a teacher's annual performance appraisal and academic advancement and promotion (Snell et al. 2000, Albanese 2000, Chenot et al. 2009).

Specific contexts and appropriate attitudes in which the assessment should be undertaken, such as clinical case discussion and reviews, at the patient's bedside, with supervisors' questioning and giving feedback, were also suggested. Andersen et al. (2008) considers that patient case reviews initiate reflective processes, providing feedback about performance in real life situations, while Parry et al. (2008) suggests that assessing students in clinical case discussion may have positive learning potential and Kreiter & Bergus (2009) states that during clinical case discussion one might assess many elements, including the information collected and retained, with diagnosis and patient management outcomes and the examinee efficiency to integrate new patient information within that existing structure.

Although in the questionnaire, new assessment strategies were suggested, in the supervisors' FG the only different strategy agreed among them was written assessment. Conversely, refusal of this method was consensual in the students' FG, and, probably, as mentioned before, based on previous experiences of summative, punitive, non-contextualized assessment, without feedback opportunities.

Written assessment is an effective, valid and reliable strategy to assess students' knowledge and when questions are based on clinical cases it is possible to assess student's clinical reasoning. Tests should be given regularly and spaced out in time to promote better retention of information, with feedback being crucial to learning from tests. Written assessment is cheap, easy to apply and easier to construct than some other tools (van der Vleuten and Schuwirth 2005; Larsen, Butler & Roediger 2008; Dent & Harden 2009)

While Pangaro & Holmboe (2008) consider that a comprehensive assessment should include a GR with a SRF form completed by multiple raters and written assessment, other institutions and authors recommend the use of multiple evaluation tools in order to assess various aspects of clinical competence and performance, ensuring in this way a fair and comprehensive student assessment (Accreditation Council for Graduate Medical Education and American Board of Medical Specialties 2000; van der Vleuten 2000; Epstein & Hundert 2002; Swing 2002; van der Vleuten & Schuwirth 2005; Daelmans et al. 2005; Farrell 2005; Epstein 2007).

The limitations and suggestions highlighted here made possible the detection of problems in the current pediatrics clerkship context, confirming that students' assessments are the tip of the iceberg of the teaching and learning process. While students complain that some staff members are not committed to teaching, the staff and faculty complain of work overload due to the excessive tasks to be performed and the number of students. This context of work overload was also observed in the study by Parry et al. (2008), in which the authors concluded that service delivery and education are in "competition", calling attention to the need for a review of policies at national and institutional levels.

With so many limitations pointed out, the fact that the majority of the students have favorable opinion about the current model of assessment and even the supervisors don't perceive it as very poor deserves some reflection. This is probably related to the leniency bias and the other documented advantages of the GR: they are flexible, enabling its use in different settings, are employed at a minimal cost, the SRFs are "easy" to construct and to be completed and create the opportunity for more frequent and timely feedback. That is why this remains the most common strategy to assess performance in clinical settings (Gray 1996; Accreditation Council for Graduate Medical Education & American Board of Medical Specialties 2000; Swing 2002; Epstein 2007; Dent & Harden 2009).

So, probably, even perceiving the unfairness in the ratings, students are favorable to GR, because they hardly ever receive low rates and they don't feel pressured by other assessment tools such as written examinations, which, during their whole life, they can have experienced as a threaten. On the other side, the supervisors feel overloaded with work and students and fear that new assessment tools can represent more work to them.

More consideration should be given to the context experienced by the supervisors that is resulting in their lack of motivation to change. Besides being overloaded with work and students, they feel that integration between staff and faculty is inadequate, that they are not prepared to rate. And, they declared the need for more attention and training, which could be achieved through faculty development.

A staff/faculty development could be the ideal strategy to stimulate greater dialogue between faculty and medical doctors, to motivate them to review the educational objectives of the pediatric clerkship and discuss the best and most viable strategies for student assessment to evaluate if students are reaching these objectives and, also to prepare the supervisor to use

the chosen assessment tools, to be specific observers of clinical performance and to give appropriate feedback, so that students can continuously and constructively enhance their performance.

Steinert et al. (2006), in a systematic review of faculty development programs, found as some of their outcomes a high overall satisfaction among participants, positive attitudes towards teaching, such as greater awareness of personal strengths and limitations, motivation and enthusiasm for teaching and appreciations of the benefits of professional development. Also, some of the “key-features” for the success of faculty development were: development of a program to meet the needs of a particular group of faculty members in a particular context; experiential learning, in which participants can apply what has been learned, practicing skills and receiving feedback; as well as peers and collegial relationships, with mutual exchange of experiences, ideas and information.

Therefore, knowing the stakeholders’ perception on the current students’ assessment model engaged the stakeholders, facilitating more immediate adjustments in the current assessment practices and clerkship educational environment and made possible the understanding that best strategy for planning effective changes to enhance students’ performance and assessment in a more appropriate environment for their training is the investment in a faculty development program directed to the pediatric clerkship supervisor’s needs.

Conclusion

In this study, it could be observed that students have a favorable opinion about the current model of student assessment in the pediatric clerkship due to the comprehensiveness of the SRF and the possibility of being assessed in practice without the need for written assessment. However, they consider that they have limited assessed-assessor contact, insufficient direct observation of their performance, poor feedback and that there is little commitment of some supervisors to teaching. Assessors also perceive these constraints and faculty and staff report work overload and excessive numbers of students. The staff doctors feel a lack of integration with the teaching staff of the Department, and both feel a lack of motivation.

In FG, while written assessment was the only strategy consensually proposed as an additional assessment tool by the assessors, it was a strategy consensually rejected by the students.

The study enabled immediate adjustments in the current students' assessment model and involved the stakeholders in the reflection about it and, the information gathered made possible the understanding that the planning of effective changes the pediatrics clerkship assessment strategies and context will require the investment in the supervisors. A faculty development program directed to their needs can stimulate greater dialogue between faculty and medical doctors and motivate the revision of the pediatric clerkship educational objectives, with reflection on the best and most viable strategies to assess if students have reached, as well as to prepare the supervisors to adequately assess and give feedback to students. This fundamental step can lead to higher educational quality, contributing to an enhancement of students' performance, as well as to a more appropriate environment for the training of competent doctors.

Practice points

- Assessment strategies must be acceptable to stakeholders and it is important to gather their perception about it before planning changes in students' assessment.
- Global ratings are not recommended as the sole tool to assess students' performance.
- Global rating based on structured rating form is not very useful and reliable if the student competences being assessed are not clear, if students are not directly observed by their supervisors and if frequent and timely feedback is not provided.
- Knowing stakeholders perception about clerkship students' assessment revealed also the clerkship educational environment and enabled more immediate adjustments in both of them.
- Investment in a faculty development program, directed to the supervisor's needs, can be the best strategy to achieve more effective changes in students' assessment practices and in the clerkship educational environment.

Note on contributors

Dr. Diana Oliveira Teixeira is a staff medical doctor from the Pediatrics' Division of the Federal University of Santa Catarina (UFSC), located in Southern Brazil and she is a post graduation student in the Medical Science Post graduation Program at this University.

Dr. Suely Grosseman, MSc in Mother and Child Health, PhD in Ergonomics, is a professor from the Pediatrics Department and the Medical Science Post graduation Program of the UFSC. She has research interest in Medical Education and, most recently, she became a faculty junior of Brazil FAIMER program.

References

- ACCREDITATION COUNCIL FOR GRADUATE MEDICAL EDUCATION (ACGME) & AMERICAN BOARD OF MEDICAL SPECIALTIES (2000) Toolbox of Assessment Methods© version 1.0.
- ALBANESE, M. A. (2000) Challenges in using rater judgements in medical education. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 6, pp. 305-19.
- ANDERSEN, R. S., HANSEN, R. P., SØNDERGAARD, J. & BRO, F. (2008) Learning based on patient case reviews: an interview study. *BMC Medical Education*, vol. 8, p. 43.
- BARDIN, L. (1977) *Análise de conteúdo* (Lisboa, Portugal, Edições 70).

- BOGDAN, R. C. & BIKLEN, S. K. (1994) *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. (Porto, Portugal, Porto Editora)
- CHENOT, J. F., KOCHEN, M. M. & HIMMEL, W. (2009) Student evaluation of a primary care clerkship: quality assurance and identification of potential for improvement. *BMC Medical Education*, vol. 9, p. 17.
- CHIBNALL, J. T. & BLASKIEWICZ, R. J. (2008) Do clinical evaluations in a psychiatry clerkship favor students with positive personality characteristics? *Academic Psychiatry*, vol.32, pp. 199-205.
- CRESWELL, J. W. (2003) *Research Design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*, 2nd edn. (London, UK, Sage publications).
- DAELMANS, H. E., VAN DER HEM-STOKROOS, H. H., HOOGENBOOM, R. J., SCHERPBIER, A. J., STEHOUWER, C. D. & VAN DER VLEUTEN, C. P. (2005) Global clinical performance rating, reliability and validity in an undergraduate clerkship. *The Netherlands Journal of Medicine*, vol. 63, pp. 279-84.
- DAVIS, D. A., MAZMANIAN, P. E., FORDIS, M., VAN HARRISON, R. V., THORPE, K. E. & PERRIER, P. (2006) Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *The Journal Of the American Medical Association*, vol. 296, no. 9, sept 6, pp.1094-1102.
- DENT, J. A. & HARDEN, R. M. (2009) *A practical guide for medical teachers*, 3rd edn, (London, UK, Elsevier).

- DOMINGUES, R. C., AMARAL, E. & ZEFERINO, A. M. (2009) Global overall rating for assessing clinical competence: what does it really show? *Medical Education*, vol. 43, pp. 883-6.
- EPSTEIN, R. M. & HUNDERT, E. M. (2002) Defining and assessing professional competence. *The Journal Of the American Medical Association*, vol. 287, pp. 226-235.
- EPSTEIN, R. M. (2007) Assessment in medical education. *The New England Journal of Medicine*, vol. 356, pp. 387-96.
- EVANS, A. W., MCKENNA, C. & OLIVER, M. (2002) Self-assessment in medical practice. *Jornal of the Royal Society of Medicine*, vol. 95, pp. 511-3.
- FARRELL, S. E. (2005) Evaluation of student performance: clinical and professional performance. *Academic Emergency Medicine*, vol. 12, no. 4, pp.302e6-10.
- GOVAERTS, M. J. B. (2006) In-training assessment: learning from practice. *The Clinical Teacher*, vol. 3, pp. 242-247.
- GRAY, J. D. (1996) Global rating scales in residency education. *Academic Medicine*, vol.71, pp. S55-63.
- HULLEY, S.B., CUMMINGS, S. R., BROWNER, W. S., GRADY, D. HEARST, N. & NEWMAN, T. B. (2001) *Designing clinical research: an epidemiologic approach*, 2nd edn. (Philadelphia, USA, Lippincott Williams & Wilkins).
- KITZINGER, J (1995) Qualitative research. Introducing focus groups. *British Medical Journal*, vol. 311, no,7000, Jul 29, pp. 299-302.

- KREITER, C. D. & BERGUS, G. (2009) The validity of performance-based measures of clinical reasoning and alternative approaches. *Medical Education*, vol. 43, pp. 320-5.
- KRUGER, J. & DUNNING D. (1999) Unskilled and unaware of it: how difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 77, no. 6, pp. 1121-1134.
- LARSEN, D. P., BUTLER, A. C. & ROEDIGER, H. L. (2008) Test-enhanced learning in medical education. *Medical Education*, vol. 42, pp. 959-66.
- MCKINSTRY, B. H., CAMERON, H. S., ELTON, R. A. & RILEY, S. C. (2004) Leniency and halo effects in marking undergraduate short research projects. *BMC Medical Education*, vol. 4, p. 28.
- MIHALYNUK, T., BATES, J., PAGE, G. & FRASER, J. (2008) Student learning experiences in a longitudinal clerkship programme. *Medical Education*, vol. 42, pp. 729-32.
- NORCINI, J. & BURCH, V. (2007) Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Medical Teacher*, vol. 29, pp. 855-71.
- PALLANT, J. (2003) *SPSS survival manual*, (Philadelphia, USA, Open University Press).
- PANGARO, L. & HOLMBOE, E. S. (2008) Evaluation forms and global rating scales, in Holmboe ES & Hawkins RE, Eds. *Practical Guide to the Evaluation of Clinical Competence*, pp. 24-41. (Philadelphia, USA, MOSBY Elsevier).

- PARRY, J., MATHERS, J., THOMAS, H., LILFORD, R., STEVENS, A. & SPURGEON, P. (2008) More students, less capacity? An assessment of the competing demands on academic medical staff. *Medical Education*, vol. 42, pp. 1155-65.
- PULITO, A. R., DONNELLY, M. B. & PLYMALE, M. (2007) Factors in faculty evaluation of medical students' performance. *Medical Education*, vol. 41, pp. 667-75.
- SLOAN, D. A., DONNELLY, M. B., DRAKE, D. B. & SCHWARTZ, R. W. (1995) Faculty sensitivity in detecting medical students' clinical competence. *Medical Teacher*, vol. 17, pp. 335-342.
- SNELL, L., TALLETT, S., HAIST, S., HAYS, R., NORCINI, J., PRINCE, K., ROTHMAN, A. & ROWE, R. (2000) A review of the evaluation of clinical teaching: new perspectives and challenges. *Medical Education*, vol. 34, pp. 862-70.
- STEINERT, Y., MANN, K., CENTENO, A., DOLMANS, D., SPENCER, J., GELULA, M. & PRIDEAUX, D. (2006) A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Medical Teacher*, vol. 28, pp. 497-526.
- SWINSCOW, T. D. V. (1983) *Statistics at Square One*, 8th edn. (London, UK, British Medical Journal / British Medical Association).
- SWING, S. R. (2002) Assessing the ACGME general competencies: general considerations and assessment methods. *Academic Emergency Medicine*, vol. 9, pp. 1278-88.

- VAN DER VLEUTEN, C. (2000) Validity of final examinations in undergraduate medical training. *British Medical Journal*, vol.321, pp. 1217-9.
- VAN DER VLEUTEN, C. P. & SCHUWIRTH, L. W. (2005) Assessing professional competence: from methods to programmes. *Medical Education*, vol. 39, pp. 309-17.
- WILLIAMS, R. G., KLAMEN, D. A. & MCGAGHIE, W. C. (2003) Cognitive, social and environmental sources of bias in clinical performance ratings. *Teaching and Learning in Medicine*, vol. 15, no. 4, pp. 270-292.
- WILLIAMS, R. G., VERHULST, S., COLLIVER, J. A. & DUNNINGTON, G. L. (2005) Assuring the reliability of resident performance appraisals: more items or more observations? *Surgery*, vol. 137, pp.141-7.

Table 1. Advantages of current pediatric clerkship assessment as specified by 72 out of the 115 participants (Federal University of Santa Catarina, 2008.1)

Advantages	Participants who specified advantages*			
	Assessed (n=61) n (% assessed)	Assessors (n=11) n (% assessors)	p- value	Total (n=72) n (%)
Comprehensiveness of the structured rating form	34 (55.7)	7 (63.6) [†]	0.75	41 (56.9)
“Well made”, “close to ideal, despite its flaws”, “valid”	17 (27.9)	4 (36.4) [†]	0.71	21 (29.2)
Assessment of a wide spectrum of student’s abilities “without the need for tests”	6 (9.8)	–	–	6 (8.3)
Structured rating form allows individual performance. highlighting positive aspects	1 (1.6)	1 (9.1)	–	2 (2.8)
Ensures homogeneity due to the inclusion of objective parameters	1 (1.6)	–	–	1 (1.4)
Adequacy in relation to behavior, frequency and punctuality	1 (1.6)	–	–	1 (1.4)
Gives the intern freedom to carry out clerkship with individual characteristics	1 (1.6)	–	–	1 (1.4)
“Demonstrates the commitment and the effort of the assessors”	1 (1.6)	–	–	1 (1.4)
Total of advantages specified	62 (101.6)	12 (109.1)	–	74 (102.8)

Note: *some participants specified more than one advantage; [†] p>0.05.

Table 2. Limitations of current pediatric clerkship assessment as specified by 89 out of the 115 participants (Federal University of Santa Catarina, 2008.1)

Participants who specified limitations*				
Limitations	Assessed (n=72) n (% assessed)	Assessors (n=17) n (% assessors)	p- value	Total (n=89) n (%)
Subjectivity of the ratings/ plurality of assessors with different judgments	39 (54.2)	8(47.0) [†]	0.79	47 (52.8)
Inadequate time to assessor to observe interns, insufficient assessed-assessor contact / excess of interns per staff member	38 (52.8)	7 (41.2) [†]	0.43	45 (50.6)
Some supervisors' lack of interest or commitment to teaching	11 (15.3)	—	—	11 (12.4)
Inadequacy of the weighting schema	4 (5.5)	6 (35.3) [‡]	0.003	10 (11.2)
Assessment not carried out at the end of rotation and poor feedback	9 (12.5)	1 (5.9) [†]	0.68	10 (11.2)
Failure in objective criteria control	2 (2.8)	5 (29.4) [‡]	0.002	7 (7.9)
Lack of intern knowledge about the assessment method	2 (2.8)	—	—	2 (2.3)
Failure or inexistence of theoretical domain assessment	—	2 (11.8)	—	2 (2.3)
Others [§]	3 (4.2)	2 (11.8)	—	5 (5.6)
Total of limitations mentioned	108 (150)	31 (182.3)		139 (156.2)

Note: *some participants specified more than one limitation; [†] p>0.05; [‡]p<0.05; [§]Limitations with a single mention (1.4%) among the assessed: bad distribution of students in some rotations, resulting in idle time; “many staff medical doctors do not feel comfortable in correcting interns during the rotations, not contributing to their evolution”; “inability” of some assessors to teach or to be a tutor. Limitations with a single mention (5.9%) among the assessors: insufficient supervision and constant changes in the activity in the evening period (Basic Health Units and classes), impossibility of assessing some items such as technical and procedural skills.

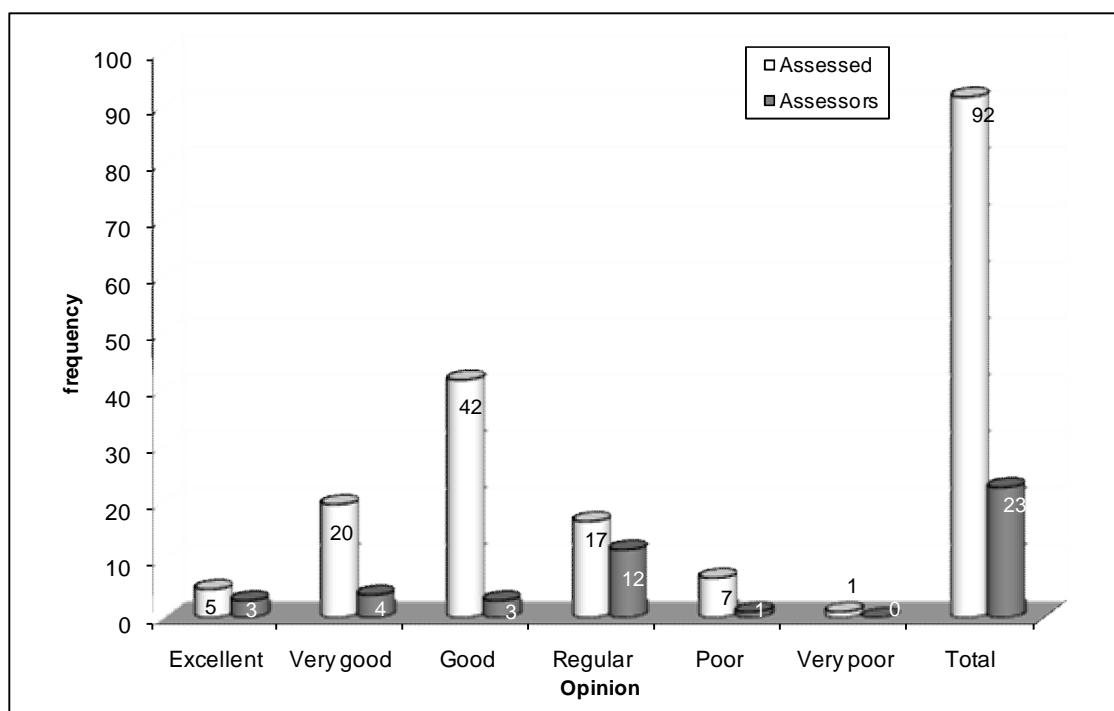


Figure 1. Opinion of assessed (interns) and assessors (residents, staff doctors and faculty members) about current pediatric clerkship assessment (Universidade Federal of Santa Catarina, 2008.1)

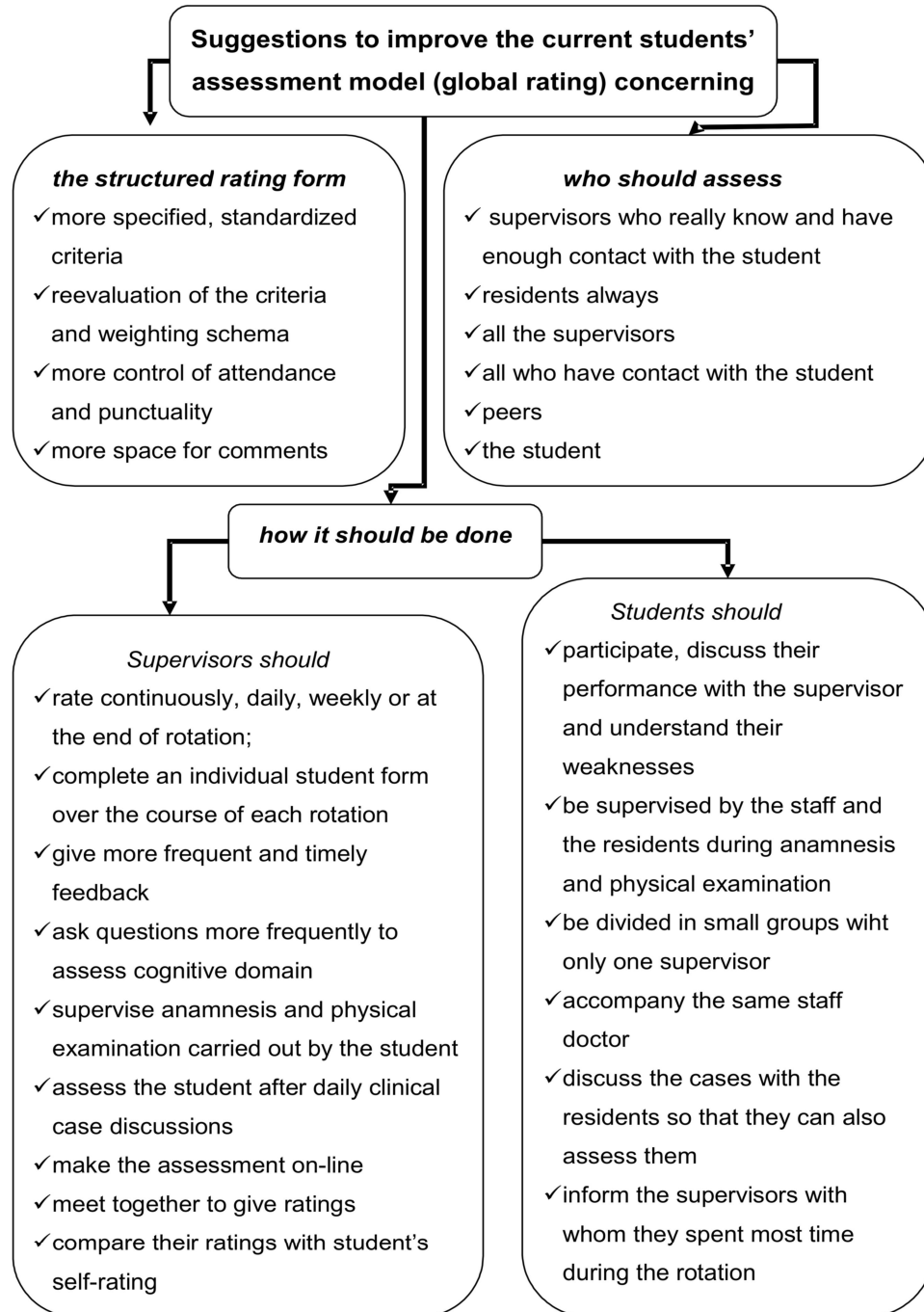


Figure 2. Suggestions to improve the current students' assessment in the pediatric clerkship (Federal University of Santa Catarina, 2008.1)

ATTITUDES TO IMPROVE STUDENTS' ASSESSEMENT	
<p>The interns should</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ be more participative ➤ have more commitment ➤ have more contact with the supervisors ➤ develop good relationships with the staff ➤ accomplish schedules and goals ➤ raise discussions on the themes ➤ study and discuss conducts ➤ read carefully the criteria assessed and explore them ➤ take more care of the medical records ➤ respect the patient and the doctor ➤ show responsibility, interest and ethical behavior with the patients ➤ present themselves to the supervisor ➤ wear white coat with identification ➤ have more commitment to the clerkship construction ➤ help in the construction of the assessment model 	<p>The supervisors should</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ always be present ➤ have more commitment ➤ have contact with the students ➤ genuinely listen to the student ➤ establish goals to be attained each week/day in each rotation ➤ try to approach basic topics ➤ run clinical case discussions more frequently ➤ explain what criteria they will assess ➤ pay more attention to the students on the criteria assessed ➤ have more criteria to assess ➤ judge the student and not the group, avoiding comparisons ➤ distinguish between the assessment of students in the 9th and 11th semesters ➤ respect the schedule stipulated for students arrival ➤ get to know the student beforehand

Figure 3. Suggestions for changes in stakeholders' attitudes to improve students' assessment in the pediatric clerkship (Federal University of Santa Catarina, 2008.1)

CAPÍTULO IV

4.1 Conclusões e implicações

O estudo revelou que embora as percepções dos estudantes tenham sido favoráveis à atual estratégia de avaliação do internato médico em pediatria, considerando-a abrangente o suficiente para não haver necessidade de avaliação teórica escrita, pode-se perceber que os participantes não estão satisfeitos de uma forma geral com a avaliação.

Os participantes pontuaram limitações como o pouco contato avaliador-avaliado, o tempo insuficiente de observação direta sobre o desempenho do estudante, o *feedback* precário e o pouco comprometimento de alguns avaliadores, como causadores de prejuízo ao processo avaliativo atual. Avaliadores ressaltaram a sobrecarga de trabalho e de alunos e alguns deles referiram sentimento de constrangimento para dar *feedback* e falta de preparo para avaliar. Médicos do *staff* pontuaram a falta de vínculo com o departamento de pediatria.

Observou-se que tanto médicos do *staff*, quanto docentes sentem necessidades de adaptações ao processo avaliativo, no entanto, estão desmotivados para alavancar mudanças, pois acarretaria na necessidade de maior dedicação de tempo dentro do processo de avaliação do estudante, o que foi justificado como um obstáculo para profissionais que já estão tão sobrecarregados com a parte assistencial hospitalar e de docência.

Nos grupos focais a prova teórica escrita foi a única estratégia proposta pela totalidade dos avaliadores como uma estratégia adicional à ficha estruturada, sugestão que foi rejeitada pelos estudantes do grupo focal.

A pesquisa revelou a necessidade de mudanças mais imediatas no modelo de avaliação atual e o achado mais importante do estudo foi o entendimento de que no Internato Médico em Pediatria, para planejar mudanças mais efetivas na atual forma de avaliação, é necessário inicialmente investir nos supervisores, na melhora da qualidade da avaliação e do contexto na qual ela está inserida.

O programa de desenvolvimento docente se aplicado, poderá estimular maior diálogo entre docentes e médicos do *staff*, motivando a revisão dos objetivos educacionais, estimulando o profissionalismo e o mérito acadêmico, e conduzindo à reflexão das estratégias mais adequadas para assegurar uma avaliação dos estudantes mais justa e confiável, com

supervisores qualificados para avaliar adequadamente o estudante e também melhor preparados para retribuí-los com *feedback*.

Este passo fundamental, que é o aprimoramento docente, conduzirá a uma melhor qualidade educacional, contribuindo com uma melhor formação do estudante no internato de pediatria, proporcionando desta forma um ambiente educacional mais apropriado.

4.2 Referências Bibliográficas de toda a dissertação

1. Epstein RM. Assessment in medical education. *N Engl J Med*. 2007 Jan 25;356(4):387-96.
2. Norcini J, Burch V. Workplace-based assessment as an educational tool: AMEE Guide No. 31. *Med Teach*. 2007 Nov;29(9):855-71.
3. Norcini JJ. Work based assessment. *BMJ*. 2003 Apr 5;326(7392):753-5.
4. Duffield KE, Spencer JA. A survey of medical students' views about the purposes and fairness of assessment. *Med Educ*. 2002 Sep;36(9):879-86.
5. Farrell SE. Evaluation of student performance: clinical and professional performance. *Acad Emerg Med*. 2005 Apr;12(4):302e6-10.
6. Laksov KB, Nikkola M, Lonka K. Does teacher thinking match teaching practice? A study of basic science teachers. *Med Educ*. 2008 Feb;42(2):143-51.
7. Chenot JF, Kochen MM, Himmel W. Student evaluation of a primary care clerkship: quality assurance and identification of potential for improvement. *BMC Med Educ*. 2009;9:17.
8. van der Vleuten C. Validity of final examinations in undergraduate medical training. *BMJ*. 2000 Nov 11;321(7270):1217-9.
9. Anastasiou LGC, Alves LP. Processos de Ensino na Universidade. 7 ed. Joinville, Brasil: UNIVILLE 2007.
10. Swing SR. Assessing the ACGME general competencies: general considerations and assessment methods. *Acad Emerg Med*. 2002 Nov;9(11):1278-88.
11. Albanese MA. Challenges in using rater judgements in medical education. *J Eval Clin Pract*. 2000 Aug;6(3):305-19.
12. Pugsley L. Expectation and experience: dissonances between novice and expert perceptions in medical education research. *Med Educ*. 2008 Sep;42(9):866-71.
13. Chen FM, Bauchner H, Burstin H. A call for outcomes research in medical education. *Acad Med*. 2004 Oct;79(10):955-60.
14. Luckesi CC. Avaliação da Aprendizagem Escolar. 18 ed. São Paulo, Brasil Cortez 1994.

15. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002 Jan 9;287(2):226-35.
16. van der Vleuten CP, Schuwirth LW. Assessing professional competence: from methods to programmes. *Med Educ*. 2005 Mar;39(3):309-17.
17. Accreditation Council for Graduate Medical Education, American Board of Medical Specialties. *Toolbox of Assessment Methods*©. 2000; version 1.0.
18. Krupat E, Dienstag JL. Commentary: Assessment is an educational tool. *Acad Med*. 2009 May;84(5):548-50.
19. Wald HS, Davis SW, Reis SP, Monroe AD, Borkan JM. Reflecting on reflections: enhancement of medical education curriculum with structured field notes and guided feedback. *Acad Med*. 2009 Jul;84(7):830-7.
20. van de Ridder JM, Stokking KM, McGaghie WC, ten Cate OT. What is feedback in clinical education? *Med Educ*. 2008 Feb;42(2):189-97.
21. Sinclair HK, Cleland JA. Undergraduate medical students: who seeks formative feedback? *Med Educ*. 2007 Jun;41(6):580-2.
22. Govaerts MJB. In-training assessment: learning from practice. *The Clinical Teacher*. 2006;3(4):242-7.
23. Diretrizes curriculares nacionais do curso e graduação em medicina. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior, Stat. Resolução CNE/CES nº4 (07 de novembro 2001).
24. Pires MMS, Coelho GJ, Wayhs MLC. *Caderneta do internato em saúde da criança*. Florianópolis, Brasil: Departamento de Pediatria, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina 2007.
25. Gray JD. Global rating scales in residency education. *Acad Med*. 1996 Jan;71(1 Suppl):S55-63.
26. Pangaro L, Holmboe ES. Evaluation forms and global rating scales. In: Holmboe ES, Hawkins RE, editors. *Practical guide to the evaluation of clinical competence*. Philadelphia, USA: MOSBY Elsevier; 2008. p. 24-41.
27. Pulito AR, Donnelly MB, Plymale M. Factors in faculty evaluation of medical students' performance. *Med Educ*. 2007 Jul;41(7):667-75.

28. Domingues RC, Amaral E, Zeferino AM. Global overall rating for assessing clinical competence: what does it really show? *Med Educ*. 2009 Sep;43(9):883-6.
29. Dent JA, Harden RM. A practical guide for medical teachers. 3 ed. London, UK; 2009.
30. Troncon LE, Figueiredo JF, Rodrigues Mde L, Peres LC, Cianflone AR, Picinato CE, et al. [Implantation of a program of terminal evaluation of graduating medical student performance to estimate the efficacy of the curriculum in the Ribeirao Preto Medical School]. *Rev Assoc Med Bras*. 1999 Jul-Sep;45(3):217-24.
31. Troncon LEA. Clinical skills assessment: limitations to the introduction of an "OSCE" (objective structured clinical examination) in a tradicional Brazilian medical school. *São Paulo Med J*. 2004; 122(1): 12-17.
32. Snell L, Tallett S, Haist S, Hays R, Norcini J, Prince K, et al. A review of the evaluation of clinical teaching: new perspectives and challenges. *Med Educ*. 2000 Oct;34(10):862-70.
33. Sloan DA, Donnelly MB, Drake DB, Schwartz RW. Faculty sensitivity in detecting medical students' clinical competence. *Medical Teacher*. 1995;17(3):335-42.
34. Daelmans HE, van der Hem-Stokroos HH, Hoogenboom RJ, Scherpbier AJ, Stehouwer CD, van der Vleuten CP. Global clinical performance rating, reliability and validity in an undergraduate clerkship. *Neth J Med*. 2005 Jul-Aug;63(7):279-84.
35. Bogdan RC, Biklen SK. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto, Portugal: Porto Editora; 1994.
36. Hulley SB, Cummings SR, Brownher WS, Grady D, Hearst N, Newman TB. *Designing clinical research: an epidemiologic approach*. 2 ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
37. Creswell JW. *Research Design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 2 ed. London, UK: Sage publications; 2003.
38. Kitzinger J. Qualitative research. Introducing focus groups. *BMJ*. 1995 Jul 29;311(7000):299-302.
39. Roche A, Coote S. Focus group study of student physiotherapists' perceptions of reflection. *Med Educ*. 2008 Nov;42(11):1064-70.
40. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Portugal: 70 Edições; 1977.

41. Patrício ZM. A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável: uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica. Tese (Doutorado em Filosofia da Saúde/Enfermagem). Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.
42. Pallant J. SPSS survival manual. Philadelphia, USA: Open University Press; 2003.
43. Swinscow TDV. Statistics at Square One. 8 ed. London, UK: British Medical Journal / British Medical Association; 1983.
44. Kogan JR, Bellini LM, Shea JA. Feasibility, reliability, and validity of the mini-clinical evaluation exercise (mCEX) in a medicine core clerkship. *Acad Med*. 2003 Oct;78(10 Suppl):S33-5.
45. Davis JK, Inamdar S, Stone RK. Interrater agreement and predictive validity of faculty ratings of pediatric residents. *J Med Educ*. 1986 Nov;61(11):901-5.
46. Williams RG, Klamen DA, McGaghie WC. Cognitive, social and environmental sources of bias in clinical performance ratings. *Teach Learn Med*. 2003 Fall;15(4):270-92.
47. Chibnall JT, Blaskiewicz RJ. Do clinical evaluations in a psychiatry clerkship favor students with positive personality characteristics? *Acad Psychiatry*. 2008 May-Jun;32(3):199-205.
48. Williams RG, Verhulst S, Colliver JA, Dunnington GL. Assuring the reliability of resident performance appraisals: more items or more observations? *Surgery*. 2005 Feb;137(2):141-7.
49. Mihalynuk T, Bates J, Page G, Fraser J. Student learning experiences in a longitudinal clerkship programme. *Med Educ*. 2008 Jul;42(7):729-32.
50. McKinstry BH, Cameron HS, Elton RA, Riley SC. Leniency and halo effects in marking undergraduate short research projects. *BMC Med Educ*. 2004 Nov 29;4(1):28.
51. Evans AW, McKenna C, Oliver M. Self-assessment in medical practice. *J R Soc Med*. 2002 Oct;95(10):511-3.
52. Andersen RS, Hansen RP, Sondergaard J, Bro F. Learning based on patient case reviews: an interview study. *BMC Med Educ*. 2008;8:43.
53. Parry J, Mathers J, Thomas H, Lilford R, Stevens A, Spurgeon P. More students, less capacity? An assessment of the competing demands on academic medical staff. *Med Educ*. 2008 Dec;42(12):1155-65.

54. Kreiter CD, Bergus G. The validity of performance-based measures of clinical reasoning and alternative approaches. *Med Educ.* 2009 Apr;43(4):320-5.
55. Larsen DP, Butler AC, Roediger HL, 3rd. Test-enhanced learning in medical education. *Med Educ.* 2008 Oct;42(10):959-66.
56. Steinert Y, Mann K, Centeno A, Dolmans D, Spencer J, Gelula M, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Med Teach.* 2006 Sep;28(6):497-526.

4.3 Apêndices

Apêndice 1

Questionário aplicado aos participantes

PESQUISA SOBRE O MODELO ATUAL DE AVALIAÇÃO UTILIZADO NO INTERNATO EM PEDIATRIA

Data: ____/____/2008

Categoria: ☐ Interno 11ª fase ☐ Interno 9ª fase ☐ Médico ☐ Professor

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Idade: ____ anos

- 1) O que você acha do modelo atual de avaliação do interno na pediatria, baseado em: frequência e pontualidade; conduta (interesse, relacionamento, comunicação, ética); e, desempenho (percepção da situação real do paciente, capacidade de tomar decisões, domínio de métodos e técnicas)?

☐ Excelente ☐ Muito bom ☐ Bom ☐ Regular ☐ Ruim ☐ Péssimo

- 2) Por quê?

- 3) Se o modelo atual continuar a ser utilizado, o que pode ser feito pelo **avaliador** para melhorá-lo?

- 4) Se o modelo atual continuar a ser utilizado, o que pode ser feito pelo **avaliado** para melhorá-lo?

- 5) Que tipo(s) de avaliação você sugere para avaliar melhor o internato em pediatria?

Apêndice 2

Termo de consentimento livre e esclarecido para o questionário

Meu nome é Diana Oliveira Teixeira e estou desenvolvendo juntamente com a Prof.^a Dra. Suely Grosseman a pesquisa: “Repensando a avaliação do acadêmico no internato médico em pediatria”.

O objetivo do estudo é “Avaliar o modelo de avaliação discente no internato médico em pediatria, junto a docentes, membros do staff, médicos residentes e discentes, e, se apontadas limitações, analisar as sugestões propostas para melhorias da estratégia de avaliação”.

Justifica-se o estudo pela necessidade do conhecimento de como o acadêmico do último ano do curso de medicina está sendo avaliado durante o internato em pediatria, ou seja, é necessário saber se o modelo atual possibilita avaliar as habilidades e competências almejadas juntos ao estágio ou se é preciso mudá-lo ou construir um novo instrumento de avaliação. Esperamos que o conjunto dos dados coletados forneça subsídios para o processo de educação médica.

Para tanto, será aplicado um questionário aos docentes e médicos pediatras que atualmente avaliam os internos e aos acadêmicos da nona e décima primeira fases de medicina que realizaram estágio de pediatria no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

Você está sendo convidado para participar do estudo. Seu nome não será identificado no questionário, preservando-se o anonimato, e as informações coletadas serão guardadas de forma confidencial, sigilosa, e só serão utilizadas para fins desta pesquisa. Não há riscos nem desconfortos aos envolvidos. Caso você não queira participar, isto não acarretará nenhum prejuízo para você.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou quiser desistir a qualquer momento, basta entrar em contato comigo, pelo telefone (48) 9963.0615 ou 3721.8033 (Diana). Se você estiver de acordo em participar, solicitamos que assine o termo de consentimento. Uma cópia é sua e a outra ficará comigo.

Diana Oliveira Teixeira
Pesquisadora principal

Prof.^a Dra. Suely Grosseman
Pesquisadora responsável

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “Repensando a avaliação do acadêmico no internato médico na pediatria e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, agosto de 2008.

Apêndice 3

Termo de consentimento livre e esclarecido para o grupo focal

Meu nome é Diana Oliveira Teixeira e estou desenvolvendo juntamente com a Prof.^a Dra. Suely Grosseman a pesquisa: “Repensando a avaliação do acadêmico no internato médico em pediatria”.

O objetivo do estudo é “Avaliar o modelo de avaliação discente no internato médico em pediatria, junto a docentes, membros do staff, médicos residentes e discentes, e, se apontadas limitações, analisar as sugestões propostas para melhorias da estratégia de avaliação”.

Justifica-se o estudo pela necessidade do conhecimento de como o acadêmico do último ano do curso de medicina está sendo avaliado durante o internato em pediatria, ou seja, é necessário saber se o modelo atual possibilita avaliar as habilidades e competências almejadas juntos ao estágio ou se é preciso mudá-lo ou construir um novo instrumento de avaliação. Esperamos que o conjunto dos dados coletados forneça subsídios para o processo de educação médica.

Para tanto, será realizado um grupo focal, com docentes e médicos pediatras que atualmente avaliam os internos e com os acadêmicos da nona e décima primeira fases de medicina (representantes da turma) que desenvolveram seu estágio de pediatria no Hospital Universitário da UFSC. Nesta dinâmica, promove-se um debate entre os participantes, a partir de uma questão norteadora. O registro será por gravação e transcrição após, sendo os dados apresentados depois deste processo a cada participante, para verificação e aprovação do conteúdo. O material coletado de cada participante só será utilizado com o seu consentimento.

Você está sendo convidado para participar do estudo. Seu nome não será identificado, preservando-se o anonimato, e as informações coletadas serão guardadas de forma confidencial, sigilosa, e só serão utilizadas para fins desta pesquisa. Não há riscos nem desconfortos aos envolvidos. Caso você não queira participar, isto não acarretará nenhum prejuízo para você.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou quiser desistir a qualquer momento, basta entrar em contato comigo, pelo telefone (48) 9963.0615 ou 3721.8033 (Diana). Se você estiver de acordo em participar, solicitamos que assine o termo de consentimento. Uma cópia é sua e a outra ficará comigo.

Diana Oliveira Teixeira
Pesquisadora principal

Prof.^a Dra. Suely Grosseman
Pesquisadora responsável

Eu, _____, fui esclarecido(a) sobre a pesquisa “Repensando a avaliação do acadêmico no internato médico na pediatria e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, agosto de 2009

4.4 Anexos

Anexo 1

Ficha Estruturada utilizada para avaliação do interno de pediatria



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIVISÃO DE PEDIATRIA

11ª FASE - DPT 5106 - INTERNATO MÉDICO OBRIGATÓRIO EM PEDIATRIA

2º grupo - 06 de outubro a 21 de dezembro

FICHA DE AVALIAÇÃO

ACADÊMICO:

Matrícula:

				06/10 a 19/10	20/10 a 02/11	03/11 a 16/11	17/11 a 30/11	01/12 a 14/12	15/12 a 21/12		
Elementos a avaliar	Itens a considerar	Peso	Média corrigida								
Assiduidade: Frequência e pontualidade	Faltas e atrasos	10%	Nota x 0,1	M		M		M			
				T		T		T			
Avaliação afetiva: Conduta	Interesse, relacionamento, comunicação, <u>ética</u>	20%	Nota x 0,2	M		M		M			
				T		T		T			
Avaliação cognitiva: Desempenho	Percepção da situação real do paciente, capacidade de tomar decisões, domínio de métodos e técnicas	70%	Nota x 0,7	M		M		M			
				T		T		T			
Avaliação: ≥ 9 a 10 = Excelente ≥ 8 a 9 = Muito bom ≥ 7 a 8 = Bom ≥ 6 a 7 = Regular < 6 = Insuficiente		Nota do estágio									
		Responsável		M		M		M			
				T		T		T			
				Obs.:						NOTA FINAL =	

Anexo 2

Aprovação pelo comitê de ética de pesquisa em seres humanos da UFSC